

Therapieschema bei Interstitieller Zystitis – Eine Crux

Orale, intravesikale, physikalische und operative **Optionen** – Erfolge durch Kombination

CHEMNITZ Die Interstitielle Zystitis stellt sowohl diagnostisch als auch therapeutisch eine große Herausforderung dar. Es handelt sich um eine polyätiologische, sterile, chronische Zystitis unklarer Genese, die 1808 das erste Mal beschrieben wurde. Häufig stellt sie eine Ausschlussdiagnose dar. Die Krankheit verläuft phasenhaft und ist letztendlich nicht heilbar. Eine histologische Sicherung ist nicht in allen Fällen möglich.

Während 90 Prozent aller Fälle bei Frauen auftreten, zeigen Männer dieses Krankheitsbild eher selten. Der Altersgipfel liegt zwischen dem 40. und dem 50. Lebensjahr. Bei einer insgesamt sehr hohen Dunkelziffer geht man davon aus, dass es in Deutschland circa 700.000 Erkrankte gibt. Es werden verschiedene Hypothesen der Pathogenese diskutiert:



Anne-Kathrin Sünder

Sünder (2)

- Defekt der Glykosaminglykanschicht (GAG)
- aktivierte Mastzellen in der Blasenwand
- neurogene Störungen
- Autoimmunprozesse (bestimmte HLA-Typen, Koinzidenz von Autoimmunerkrankungen)
- infektiöse Erreger
- toxische Substanzen im Urin
- hormonelle Störungen

Die Symptomatik zeichnet sich durch eine typische Trias aus, nämlich der extremen Miktionshäufigkeit, dem imperativen Harndrang sowie dem persistierenden Beckenschmerz.

Diagnostik

Neben einer allgemeinen urologischen Diagnostik und dem Führen eines Miktionsprotokolls sind weitere diagnostische

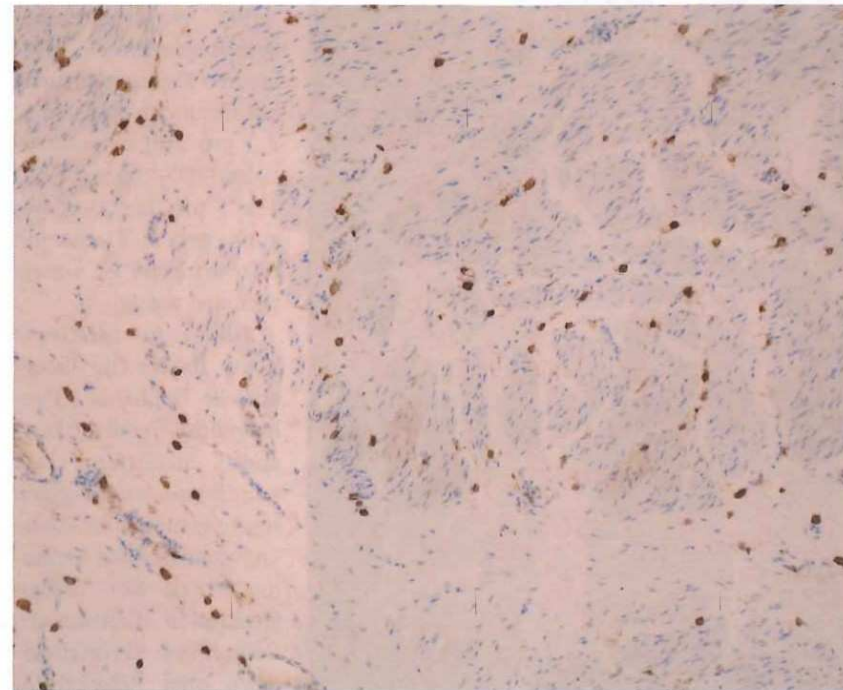


Abb. 1: Histologisches Bild einer interstitiellen Zystitis mit Darstellung der Mastzellen/CD117 (c-kit). Zehnfache Vergrößerung mit Genehmigung von PD Dr. Jörg-Olaf Habeck, Zentrum für Histopathologie, Unritzstr. 21 d, 09117 Chemnitz.

Schritte wie die Zystoskopie und die Entnahme von Probeexzisionen notwendig. Zystoskopisch zeigt sich das bekannte Bild der Glomerulationen, Hämorrhagien und Dehnungsfissuren sowie häufig das sogenannte Hunnersche Ulkus. Im Rahmen der Probeentnahme der Harnblasenwand wird histologisch auf Urothelveränderungen geachtet, insbesondere auf Mastzellinfiltrate (Abb. 1) und auf Nerveneinsprossungen. Ein weiterer diagnostischer Schritt ist der sogenannte Kalium-Test. Hierbei wird eine erhöhte Permeabilität der Harnblasenschleimhaut nachgewiesen. Bei 90 Prozent der Patienten mit Interstitieller Zystitis ist dieser Test positiv, aber nicht als spezifisch einzustufen.

Therapie

Therapeutisch stehen uns verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Die Therapie kann oral, intravesikal, physikalisch und operativ durchgeführt werden.

Häufig ist eine Kombinationstherapie sinnvoll und anzustreben. Im Rahmen der oralen Therapie wird Pentosanpolysulfat eingesetzt (5% Bioverfügbarkeit am Urothel). Ein anderer Therapieeinsatz ist die Gabe von Amitriptylin. Hierbei wird die Wirkung auf den neuropathischen Schmerz ausgenutzt. Schmerzmittelgabe, Antiallergika, Immunsuppressiva und Spasmolytika bilden einen weiteren möglichen Therapieansatz. Im Rahmen der intravesikalen Therapie werden Harnblaseninstillationen mit dem Ziel, die GAG-Schicht zu schützen beziehungsweise wiederherzustellen, durchgeführt.

Eine sehr wirksame Form der intravesikalen Therapie ist die EMDA-Therapie (electromotive drug administration). Hier wird die Iontoelektrophorese mittels elektrischem Feld und gezielter Medikamentenapplikation in die Harnblase ausgenutzt. Das Ziel der EMDA-Therapie sind die Erhöhung der Blasenkapazität, die Senkung der Miktionsfrequenz und die Linderung der Schmerzen. Die EMDA-Therapie wird entweder als Ein- oder Zwei-Stufen-Schema durchgeführt. Hier werden Lidocain, Adrenalin, Dexamethason und Pentosanpolysulfat verwendet.

Im Rahmen der physikalischen Therapie kann die Hydrodistension in Narkose durchgeführt werden. Ein weiterer physikalischer Therapieansatz ist die extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT). Aufgrund der guten Erfahrungen mit der ESWT-Therapie in der Behandlung des chronischen Beckenschmerzsyndroms lag der Gedanke nahe, die ESWT auch in der Therapie der Schmerzsymptomatik bei Interstitieller Zystitis einzusetzen. Hierbei wird die Wirkung der Stoßwellen auf leben-

des Gewebe durch Umwandlung eines mechanischen Signales in biochemische oder molekularbiologische Signale ausgenutzt. Über eine Stimulation des Nervensystems folgt die Ausschüttung der Substanz P und die Freisetzung von Stickstoff und anderen Botenstoffen. Operative Verfahren sind unter anderem die Koagulation der Schleimhautläsionen, die Lasertherapie, die sakrale Neuromodulation oder im Einzelfall die Zystektomie mit Harnableitung.

Als Therapiestrategie bei interstitieller Zystitis erfolgt in unserer Klinik eine Kombinationstherapie in Form der EMDA-Therapie (Ein- oder Zwei-Stufen-Schema) und der ESWT. Die EMDA-Therapie wird zunächst in einem dreimaligen Behandlungszyklus durchgeführt, wobei die erste Behandlungspause zwei Wochen und die zweite vier Wochen beträgt. Begleitend dazu erfolgt eine ESWT-Therapie (insgesamt fünf Behandlungen, einmal pro Woche). Hierfür verwenden wir eine Energiedichte von 0,25 bis 0,35 mJ/mm² und eine Frequenz von 4 Hz. Die Patienten werden in der Regel auf eine Amitriptylin-Medikation eingestellt (Initialdosis 100 mg, Erhaltungsdosis 25 mg). Ein Wiederholungszyklus ist abhängig von der Symptomatik der Patienten und wird normalerweise nach drei bis sechs, im Einzelfall zwölf Monaten durchgeführt.

► **Autorin:** Dr. med. Anne-Kathrin Sünder
Fachärztin für Urologie, Oberärztin
Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz
Klinik für Urologie
Zeisigwaldstraße 101
09130 Chemnitz
E-Mail: urologie@bethanien-sachsen.de